

ANÁLISE QUALITATIVA DOS CONSELHOS LOCAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SÃO CARLOS: A DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO E PARTICIPAÇÃO

Qualitative analysis of São Carlos primary health care councils: operation and participation dynamics

Renata Inahara Matuoka¹, Márcia Niituma Ogata²

RESUMO

Os conselhos gestores locais de saúde são espaços descentralizados de participação social garantidos constitucionalmente. Estando presentes em todos os serviços, garantem a acessibilidade. Compreender sua dinâmica possibilita um aumento no grau de informação sobre o funcionamento dos serviços e da administração de saúde municipal. Este estudo tem por objetivo conhecer estes Conselhos em funcionamento na Atenção Básica (Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde) do município de São Carlos, através dos segmentos neles representados: usuários, trabalhadores de saúde e gestores. Trata-se de pesquisa qualitativa, desenvolvida através de entrevistas semiestruturadas, analisadas pela técnica de análise categorial temática. Foram destacadas as categorias da dinâmica de funcionamento e a da dinâmica de participação. Os dados permitiram compreender a diversidade e as divergências nas formas de participação e refletir sobre a necessidade de potencializar a unidade de saúde como catalisadora da efetivação da cidadania, diminuir a segregação entre conselhos e a comunidade e fortalecer a gestão participativa.

PALAVRA CHAVE: Conselhos de Saúde; Participação Comunitária; Planejamento Participativo; Atenção Primária a Saúde; Serviços Básicos de Saúde.

ABSTRACT

Local Health Councils are constitutionally-granted decentralized spaces of social participation. Because they are present in all services, accessibility is guaranteed. Understanding their dynamics allows an increase in the level of information on the operation of municipal health services and administration. This study aimed to learn the operation of these Councils in the Primary Care Units (Family Health and Basic Health Units) of the municipality of São Carlos, through the segments represented: users, health workers and managers. This is qualitative research conducted through semi-structured interviews assessed using thematic category analysis. Sections of the working dynamics and the participation dynamics were highlighted. The data allowed us to understand the diversity and differences in the forms of participation and reflect on the need to empower the health unit as a catalyst for effective citizenship, reducing the segregation between councils and community and strengthening participatory management.

KEY WORDS: Health Councils; Consumer Participation; Participative Planning; Primary Health Care; Basic Health Services.

¹ Renata Inahara Matuoka, Cirurgiã-dentista formanda pela USP Ribeirão Preto em 2006 e Residente do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal de São Carlos em 2008. E-mail: rematuoka@yahoo.com.br

² Márcia Niituma Ogata, Enfermeira, Área Saúde Coletiva e Saúde da Família, Profª Associada do Departamento de Enfermagem - UFSCar PPGENF/PPGCTS/ Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica caracteriza-se como um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas, desenvolvidas por meio de exercícios de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção de saúde, sendo dirigidas à população de territórios bem delimitados, considerando sua dinamicidade.¹ Segundo as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, as práticas democráticas e participativas ocorrem com incentivo à participação popular e ao controle social, através do apoio aos conselhos e movimentos sociais que atuam na saúde, além do estímulo à avaliação dos cidadãos nos serviços.²

O Conselho de Saúde é um órgão permanente do SUS, que deve garantir a participação popular nos serviços e nas ações de saúde segundo o texto constitucional que dispõe sobre saúde³ e as leis orgânicas da saúde 8.080/90⁴ e 8.142/90⁵. Esta participação popular foi um dos princípios fundamentais da reforma sanitária brasileira e uma importante inovação, compondo uma das principais diretrizes do atual sistema de saúde.⁶ Está previsto que os conselhos devem atuar de forma independente da instância executiva (secretarias municipais, estaduais ou Ministério da Saúde), podendo estar presentes nos hospitais, ambulatorios, atenção básica de saúde, entre outros.⁷ Porém, sua composição legal é invariável, seja em nível federal, estadual ou municipal e, nessa composição, os usuários devem ocupar 50% de suas vagas, enquanto os representantes dos trabalhadores da saúde (médicos, enfermeiros, funcionários técnico-administrativos, porteiros, motoristas ou qualquer outro trabalhador) devem ocupar 25% e o gestor os outros 25%.

As competências do Conselho de Saúde são: fiscalizar e controlar a execução da política de saúde, inclusive econômica e financeiramente (função fiscalizatória); definir as políticas e as prioridades de saúde; avaliar e deliberar sobre plano de saúde do gestor e formular estratégias (função deliberativa); e avaliar ou opinar sobre convênios ou outras questões da saúde (função consultiva).⁷ Este espaço representa uma forma de participação direta da sociedade na administração local, pois tem a função de acompanhar o funcionamento das unidades de saúde e zelar pelo atendimento das necessidades da comunidade de sua região, além de interagir com demais estruturas sociais de sua área de atuação.⁸ Os Conselhos de Saúde não devem ser entendidos como uma instância burocrática e executiva, mas como um processo contínuo de democratização, uma vez que são canais institucionais de participação na gestão

governamental, em que há articulação política de diferentes sujeitos com suas diversas representações, inclusive da sociedade, e os atores principais negociam as situações em busca de soluções para os problemas de saúde da população dos bairros, distritos e municípios.⁹

Um dos componentes estratégicos da gestão participativa é a descentralização dos conselhos, como os Conselhos Gestores Locais de Saúde, em que a comunidade fica mais próxima da dinâmica dos serviços de saúde da unidade e interage com as demais organizações do bairro. O que reforça a razão dos conselhos serem como instâncias com bases setoriais e territoriais, com controle mais permanente e consistente da gestão pública pelos usuários, é que as dinâmicas destes espaços possibilitam uma ampliação de informações sobre o funcionamento dos serviços e da administração.¹⁰ A discussão com a comunidade consiste numa estratégia importante para agregar a população e grupos em torno da problematização de suas condições de saúde e para promover a mobilização da comunidade no sentido de suas necessidades serem incluídas como prioridades da gestão do SUS em determinado local.¹¹

A institucionalização dessas arenas tem como objetivo promover a participação da sociedade civil na condução da gestão pública e, embora tenha um valor em si, não é condição suficiente para participação política e o envolvimento da comunidade, não seguindo como decorrência natural do funcionamento dos conselhos.¹² Não se pode afirmar categoricamente que a existência desses colegiados de fato garante maior democratização de políticas de saúde, uma vez que os Conselhos de Saúde nem sempre se constituem em espaços efetivos de negociação de diferentes interesses em jogo e a representação da sociedade não demonstra efetividade e eficácia quando representa interesses mais gerais de grupos e/ou segmentos sociais mais amplos.¹³ Ao abrir espaço à participação, cria-se oportunidade para o questionamento da relação entre estado e sociedade e identifica-se o usuário como membro de uma comunidade organizada com direitos e deveres.¹⁰ Há a necessidade de a comunidade, através de formas organizativas e representativas, enfrentar sua relação com as propostas de participação implantadas pela administração, dentro do conceito de democratizar e inovar na gestão pública.

O desafio é instituir um sistema público democrático, em que as prioridades sejam definidas em gestões colegiadas e participativas, com mecanismos de controle social; é importante, também, a definição de uma política de informação que garanta a comunicação e divulgação de dados consistentes e transparentes em articulação com instituições e áreas afins que possam contribuir na identificação,

processamento e análise crítica de dados e indicadores, permitindo o aprofundamento de aspectos ainda pouco explorados ou não identificados, como de relevância para a compreensão do quadro sanitário brasileiro.¹⁴

Em 17 de julho de 2000, ficaram instituídos os Conselhos Gestores nas unidades de saúde prestadoras de assistência vinculadas ao SUS no município de São Carlos.¹⁵ Em 2008, entre todas as unidades prestadoras de assistência vinculadas ao SUS, havia, neste município, segundo o decreto 376, aproximadamente 24 Conselhos Gestores de Saúde¹⁶, distribuídos em cinco grandes regiões denominadas Administração Regional de Saúde (ARES), e cada regional passou a contar com uma administradora indicada pela Secretaria Municipal de Saúde.

O município é, por excelência, o mais adequado dos entes federados para tratar da saúde, dada sua maior proximidade e conhecimento da ordem de prioridades e das demandas da sua população local. No entanto, para além da descentralização de recursos e serviços de saúde, a participação social passa a ser condição essencial. Assim, a existência dos conselhos de saúde torna-se obrigatória, visando garantir a participação social nas políticas de saúde, tanto em sua formulação como em sua execução. Nesse sentido, o controle e a participação social na área de saúde pública, paulatinamente, vêm aumentando suas dimensões e aperfeiçoamento. Entretanto, as instâncias descentralizadas mostraram resultados bastante diferenciados quanto ao grau de participação, com características múltiplas e heterogêneas dos conselhos o que implica em diferentes graus de efetividade do controle social. Diante disso, o objetivo deste trabalho é conhecer os Conselhos Gestores Locais de Saúde da Atenção Básica do município de São Carlos através dos diferentes atores que deles participam.

METODOLOGIA

Para a escolha dos locais de pesquisa, realizaram-se contatos prévios com as administradoras dos ARES e os responsáveis pela administração de cada uma das Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família que compreendem a Atenção Básica do município, buscando identificar os conselhos gestores locais em funcionamento, pois possuíam o conhecimento e contatos anteriores, experiências e lastros de trabalho e envolvimento que ultrapassaram as preocupações lógicas do investigador, e que é fundamental para a escolha do espaço de pesquisa.¹⁷

Perante os contatos, percebeu-se divergência nas informações, uma vez que, segundo os responsáveis administrativos das unidades, a Atenção Básica possuía menos

Unidades de Saúde com Conselhos Gestor Local de Saúde do que o informado pelas administradoras dos ARES e pelo Decreto 376. Este decreto afirmava haver 22 Conselhos de Saúde na Atenção Básica, porém, no período da pesquisa, havia conselhos em funcionamento em três Unidades Básicas de Saúde, todas da mesma regional de saúde e em área urbana e uma Unidade de Saúde da Família na área rural, localizada em um distrito deste município e pertencente a outra regional de saúde. Portanto, estes quatro conselhos foram escolhidos como locais de pesquisa e a população alvo foram seus representantes eleitos titulares ou suplentes. Segundo o decreto 376 da Prefeitura Municipal de São Carlos, deveriam contar com 48 conselheiros¹⁶, mas em 2008, somente 25 conselheiros participavam deste espaço, dos quais 88% se dispuseram a participar da pesquisa, totalizando 22 pessoas.

Num segundo momento, foi realizada uma aproximação do pesquisador com os membros representantes dos Conselhos Gestores de Saúde de cada Unidade, através da apresentação das administradoras dos ARES ou dos responsáveis da unidade, em reuniões de cada conselho separadamente. Neste espaço, foram apresentados os objetivos da pesquisa e realizado o convite para participarem. As entrevistas foram realizadas em dia e horários previamente acordados com os sujeitos, na unidade de saúde ou em lugares que o entrevistado se sentia mais confortável. Com exceção de duas pessoas que quiseram fazer, juntas, as entrevistas, as demais foram realizadas individualmente. Antes do início de cada uma delas, solicitava-se ao entrevistado seu consentimento por escrito para que os dados pudessem ser trabalhados e divulgados, mantendo seu anonimato. Os termos de consentimento livre e esclarecido foram todos assinados e arquivados e as entrevistas ocorreram após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar.

Partiu-se de um roteiro com questões norteadoras, abrangendo a concepção de cada membro sobre o conselho gestor de saúde; como funciona o mesmo, com que finalidade e como deveria funcionar; como ocorre a participação individual e dos outros atores envolvidos, focando a capacidade deliberativa e participação social.

As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente e submetidas à análise de conteúdo baseada na técnica de análise categorial temática.¹⁸ Os dados foram organizados em três partes: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A partir de inferências e interpretações, a classificação resultou em duas unidades de registro: a dinâmica de funcionamento e a dinâmica de participação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A divisão das entrevistas em duas unidades de registro é para facilitar o entendimento e permitir o aprofundamento e a ampliação do conhecimento na dinâmica do espaço dos conselhos, porém elas se inter-relacionam, uma vez que a forma como funciona um Conselho Gestor de Saúde está diretamente ligada à forma de participação de seus representantes, sendo o contrário também verdadeiro e podendo ambas serem vistas como complementares.

A DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO

Um ponto importante na dinâmica de funcionamento dos conselhos é que estes deveriam atuar de forma independente da instância executiva (Secretaria de Saúde), como forma de romper a burocracia do Estado, porém, além dos discursos, um dos indicativos que apontam certa falta de autonomia é que a maioria dos Conselhos Gestores Locais de Saúde funciona na mesma Administração Regional de Saúde, com a participação da administradora do ARES, representando a gestão municipal, mesmo sem ser indicada legalmente para exercer essa representação e, dos outros 19 conselhos da Atenção Básica, apenas um funcionava sem que a administradora dele participasse. Vale ressaltar que os representantes indicados pela gestão municipal são as supervisoras das unidades e que, no caso do PSF, essa supervisão é realizada por um colegiado que, além de fazer trabalho assistencial, faz a parte administrativa, diferente da UBS em que a supervisora só exerce papel administrativo. O envolvimento da comunidade não segue como decorrência natural do funcionamento dos conselhos.¹²

[...] se não tiver essa parceria do trabalhador para estar engajado, pegando, influenciando, fazendo a propaganda, convidando, chamando, sabe? Entusiasmando o usuário, não vira, não vira. E eu acho que eles estão deixando a desejar talvez pela quantidade de trabalho do dia-a-dia, é muita coisa, é muito trabalho no dia-a-dia e tem mais isso [...]

A mudança sensível no funcionamento das reuniões do conselho e a falta de permeabilidade na dinâmica de participação, feita pela gestão, devido às eleições para prefeito e vereadores no município que ocorreram no mesmo período da pesquisa, descrito por trabalhador a seguir, pode ser identificada como ausência de autonomia, pois percebe-se que, neste período, mudou sensivelmente a postura da gestão, conforme relata um usuário:

[...] ultimamente está mais, tipo, vamos dizer, vindo a pauta pronta da chefe da regional [...] e já com os assuntos mais ou menos pré-definidos, sabe? Então já tem algum tempo que não se passa nada, tipo, 'estamos precisando disso' ou 'estamos precisando daquilo' ou quando ainda tem alguma coisa, tipo, como foi ano político [...] estamos meio freados como isso." (Trabalhador)

[...] de agora para frente, porque é ano de eleição, aí você já vê, a turma (referindo-se a gestão e aos trabalhadores) já começa com outras cabeças, com outros pensamento [...] Você tem que saber o que você vai falar agora porque senão... [...] (Usuário)

O Conselho Gestor de Saúde transforma-se, na ocasião, em um espaço de disputa política eleitoral. Alguns usuários, representando a oposição ao governo, acreditam que o momento favorece fazer denúncias, induzindo os executores a realizarem as promessas o mais rapidamente possível para conseguir mais recursos para o bairro, usando a competitividade da política a favor do conselho. Do outro lado, estão os representantes da gestão municipal, que acreditam na necessidade de se protegerem, em resposta às denúncias e pactos. Cria-se, a partir disso, um obstáculo para uma participação que possibilite transformação no sistema de saúde, pois há dificuldade de potencializar o espaço para exercício do controle social, defendendo interesses de toda a sociedade e em benefício do SUS.

[...] eu até disse para o pessoal 'eu vou levar para oposição para eles vir filmar' (Usuário)

[...] representando a atual gestão, então eu tenho que defender, defender e dar uma resposta, né? [...] (Gestor):

A falta de autonomia dos Conselhos Gestores de Saúde pode ter como justificativa o modo de sua implementação que foi por deliberação da Secretaria de Saúde como relatado nas entrevistas. Em São Carlos, ela teve início legal em 2000, contudo em 2006 foi determinado que as unidades deveriam fazer funcionar os Conselhos de Saúde e realizassem eleições para isto. Para algumas gestoras, essa imposição foi positiva, contribuindo para o funcionamento deste espaço.

[...] eu acho que as coisas às vezes têm que ser impostas, entendeu? Para começar, porque senão esperar o movimento para... acho que foi muito positivo, porque senão, não sei se ia estar acontecendo, entendeu? [...] (Gestor)

Essa determinação só poderia ser considerada significativa se recebesse a participação de todos os segmentos envolvidos e se sua constituição fosse alcançada como resultado de um processo de deliberação que tivesse as seguintes características: a participação na deliberação regulada por normas de igualdade e simetria; todos têm as mesmas chances de iniciar atos de fala, questionar, interrogar e abrir o debate; todos têm o direito de questionar os tópicos fixados no diálogo; e todos têm o direito de introduzir argumentos reflexivos sobre as regras do procedimento discursivo e o modo pelo qual elas são aplicadas ou conduzidas.¹⁹

A determinação de incluir o conselho local na unidade de saúde pode resultar nos conselhos de saúde representando uma obrigatoriedade institucional de participação da sociedade na política de saúde, ou seja, garante a participação popular. Ela, porém, contribuiu para que se esvaziassem e se distanciassem dos princípios políticos ideológicos da democracia participativa, que se apoia em uma ampla representação social, o que significa, na prática, restringir-se ao seu papel como mero elemento da burocracia que compõe a estrutura do sistema de saúde nos três níveis de gestão.²⁰

Os atores sociais que permanecem com a prática burocrática, corporativa e "familiar" faz com que haja uma falta de caráter democrático nos conselhos. A dificuldade de se ter um papel propositivo é devido à história de reivindicações carregadas pela sociedade civil e pelos movimentos sociais.²¹

Diante desta história, percebe-se, através da fala de um usuário, uma cultura centralizadora que não reconhece o espaço do conselho gestor local de saúde como deliberativo e coloca entraves à democratização dos serviços e aos mecanismos de fiscalização e controle social da administração pública.

[...] para você chegar num cargo que decide na secretaria de saúde é praticamente impossível, porque você fala cada hora com uma daqui [...] não tem gente que decide, uma ouvidoria, para chegar no ouvido do prefeito direto, eu já solicitei um monte de vezes: 'dá um número de um telefone para que ligue e vocês vão escutar' e alguém fora do cargo vai levar o problema para, para a pessoa resolver, porque você reclamar com a raposa que estão roubando galinha, ela vai falar, 'imagina! Estão nada!', então é o tal negócio, eu vou reclamar aqui ninguém vai ver [...] (Usuário)

Um dos resultados da institucionalização da participação popular na saúde, além da regulamentação do controle social que impossibilita a inovação do espaço, é a insatisfação

dos representantes quanto à forma como atuam seus atores, tornando-o pouco deliberativo e resolutivo, observado pela maioria dos trabalhadores e por alguns representantes da gestão, mostrados a seguir:

[...] ah... eu não falei para você que eu participo de todas por falta de opção? Porque não tem quem vá, então a gente vai, né? E porque eu, como eu sou suplente, eu no caso, só vou se o meu... se o primeiro não está, como ele nunca está (riso), eu tenho que participar" (Trabalhador)

os trabalhadores se comprometem porque a gente tem que fazer, mas não que eles queria também, também tem aquela cabeça assim, eles participa porque foram indicados ali, né? [...] (Gestor)

A participação política e o controle social não dependem apenas de sua formulação legal, uma vez que somente podem materializar-se no conjunto das práticas que constituem e atravessam o sistema de saúde.²² Cada membro do grupo faz uma interpretação pessoal de cada situação, como uma construção cognitiva, onde os papéis sociais e os fatos requerem uma interpretação ativa por sua parte, tanto para agir quanto para se retrair diante das questões colocadas pelo ambiente social.⁷

A DINÂMICA DE PARTICIPAÇÃO

Na Atenção Básica, percebem-se elementos da cultura social e política dominante na sociedade brasileira que se reproduzem na cultura organizacional e orientam a produção de ações de saúde nas UBS/ USF, na qual o usuário é consumidor de procedimentos terapêuticos e cidadão de direitos e deveres, sendo um destes participar do controle social. No Programa de Saúde da Família, existe um confronto na relação da equipe de saúde com a comunidade, no qual a comunidade demanda consumo de serviços e ações de maneira emergencial e imediata e os profissionais de saúde idealizam o PSF como um modelo de Atenção Básica, organizado, sistêmico, que prioriza ações de promoção e prevenção.²³

eu acho que precisaria, assim, de pessoas mais orientadas, participando, mesmo de usuário, porque eu não sei, eles não têm uma ideia muito assim do que a gente faz, a maioria quando elas vêm é a mesma coisa, elas querem pedir mais um médico, [...] pedir mais parte curativa, ninguém se interessa pela promoção e prevenção que tem dentro do PSF, né? [...] (Trabalhador ou Gestor?)

Diante da participação dos representantes nos conselhos, é interessante observar que cada um atua de uma maneira, de acordo com a forma que percebe seu papel social e a harmonia ou o conflito ocorrem a partir de sua forma de agir. Os papéis sociais, as formas de percepção e o capital simbólico de cada um ou de cada segmento influenciam e determinam o grau de participação dos membros dos conselhos de saúde, porque esta demanda formas de percepção e de expressão, cujos valores oscilam de acordo com o lugar e o capital simbólico de cada participante. Além disso, individualmente, cada membro do grupo faz uma interpretação pessoal de cada situação a partir da percepção que um ator social tem do outro, que irá depender dos tipos de interações ali existentes, ou seja, se são mais ou menos simétricas.⁷

Percebe-se que há momentos em que os usuários atuam de acordo com a regulamentação dos Conselhos de Saúde como na fiscalização dos serviços e das ações de saúde prestadas à população e na obtenção de informações sobre o desempenho da Unidade de Saúde, verificadas como papel social por diversos usuários.²⁴

a gente tem que ir ao posto de saúde, mesmo se não for consulta, pelo menos uma vez por semana, a gente tem que participar do posto, chegar lá, sentar para ver, sabe? Como é... tratando, como as enfermeiras, os agentes tratam, sabe? Um paciente, como cada pessoa que vai lá tratam eles também, você entendeu? (Usuário)

o papel meu é assim, [...] falar com as pessoas, perguntar às pessoas se elas está sendo bem atendida, se ela não está sendo bem atendida ela pode reclamar, fazer um bilhetinho, as vezes eu mesmo anoto o que ela reclamou, eu trago, ponho na caixinha do conselho, né? É isso! (Usuário)

Há também a atribuição de tomar conhecimento dos problemas de saúde da população, principalmente os do seu bairro e região, além de proporcionar informações para os usuários da Unidade de Saúde, de interesse da saúde coletiva, bem como das atividades desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde.²⁴ Alguns trabalhadores relatam executar esse papel.

[...] então a gente tenta, colher informações que eles trazem (população) e, na medida do possível, estar levando o que a gente encontra de problema [...] quais são as diretrizes que a gente tem que seguir também e estar explicando para a população como a gente vai estar trabalhando em cima disso, né? [...] (Trabalhador)

Outra função mencionada por alguns trabalhadores é a mobilização para a participação social. O papel dos profissionais de saúde não deve ser meramente técnico (assistencial), se inscreve numa prática pluridimensional, dentre as quais se destaca a dimensão política.²⁵

É no convite mesmo e na explicação de mais ou menos o que é o conselho gestor, o que a gente pretende como conselho gestor, o que normalmente se discute no conselho gestor [...] (Trabalhador)

Ainda dentro do caráter legal, há o de fiscalização, porém esse torna o conselho um espaço de disputa, em que o usuário denuncia e o trabalhador responde, gerando conflito e promovendo a falta de afinidade pessoal, relatadas pelos usuários em várias entrevistas.

[...] mas ali, tem certas pessoas, ali da gente, da saúde, ali do verdão lá (referindo-se a unidade de saúde), quer ser muita coisa [...] (tal funcionário) mesmo... Aí eu detesto (tal funcionário)! Muito convencido! (Usuário)

Na tentativa de resolução às denúncias decorrentes da fiscalização, a maioria dos conselhos pesquisados tinha a paridade desrespeitada, com mais trabalhadores e gestores que usuários e, em um deles, todos os trabalhadores participavam, independente de serem representantes, que é legal, segundo o decreto 142²⁴. Essa falta de paridade, que pressupunha uma dificuldade na escuta das demandas dos usuários foi bem vista por muitos deles, principalmente no que se diz respeito à resposta instantânea dos funcionários.

Participação dos funcionários é vantagem, porque as vezes tem usuários que tem queixa de maus tratos do funcionário, [...] aí a pessoa vai explicar o porquê deu o tratamento daquele jeito para a pessoa naquele dia, você entendeu? A gente escuta ali na hora! (Usuário)

Citados alguns dos princípios reguladores dos Conselhos Gestores de Saúde, vale recorrer ao decreto 142 deste município, para se identificar o que é vetado.²⁴ No caso dos representantes dos usuários, é proibido realizar tarefas que sejam atribuições dos servidores da unidade, no entanto alguns usuários relatam executar serviços que não lhe dizem respeito, mesmo sendo um trabalho realizado por própria decisão. Isso reduz a representatividade do conselho, porém, há, nestes casos, uma aceitação dos usuários pelos gestores, indicando uma visão de conselheiro ativo, útil, parceiro. Já

em momentos que os usuários são mais propositivos, há certo incômodo.

Ab... porque eu gosto de ajudar, porque as vezes eu fico aqui, ajudo a carimbar receitas, exames, elas pedem para mim ajudar, sabe? Voluntária, a fazer café, quando a faxineira não está, limpar alguma coisa, não ganho nada com isso, Nem quero, né? É uma coisa espontânea, eu gosto de ajudar (Usuário)

[...] a campanha de vacina, né? a gente não consegue a meta, vamos pedir para o conselho, vamos pedir ajuda. [...] me ajuda nas ações, então eu sinto um apoio também no conselho gestor, entendeu? [...] eu tenho como parceiro, apoiador mesmo (Gestor)

[...] (em tal unidade) eles são os mais brigões, é, mais brigões, eles vão à luta, porque os conselheiros eles têm poder, né? De reivindicar, de ir atrás, de querer saber quanto dinheiro vem para a saúde, quanto medicamento, é, eles, eles querem reforma, então eles brigam pelo.. para o bem estar tanto para os funcionários como da unidade, e fica brigando, eles não desistem, né? (Gestor)

Há conflitos nos Conselhos Gestores de Saúde que podem ser explicados pelas barreiras simbólicas impostas pela hierarquia social que separam um segmento do outro e se revelam no comportamento, na maneira de falar e de articular conceitos e ideias que nem sempre coincidem com a lógica do discurso abstrato, burocrático ou técnico. Essas diferenças são visíveis através da linguagem em que as moedas culturais têm diferentes valores de troca, sendo sua cotação baixa quando se trata dos conselheiros-usuários, limitando assim as possibilidades de provocar mudanças substantivas na política de saúde. E, independentemente das intenções dos sujeitos, é através dessas formas sutis de comunicação que se reafirma uma razão autoritária que pode comprometer, significativamente, a ideia de controle social.⁷ Essa barreira pode ser percebida no trecho abaixo, falando sobre o usuário.

[...] porque às vezes, por exemplo, tem uma reivindicação absurda, assim, então acho que cabe a gente para estar colocando, não está influenciando, induzindo, mas estar esclarecendo... esclarecendo os usuários

Há um apontamento interessante, no qual o papel de sujeito social dos usuários é criticado pelos trabalhadores. Em sua avaliação, não conhecem seu poder de decisão no poder

público, portanto eles também não reconhecem este poder na saúde, de maneira que todos estejam trabalhando para o mesmo fim, como citado acima. Além disso, a maioria dos usuários, quando questionados a respeito do trabalhador no conselho de saúde, avaliou as atividades desenvolvidas por ele na unidade, porém a participação dos trabalhadores nas reuniões foi pouco citada e, quando ocorria, era a respeito da demanda do serviço. O que pode demonstrar uma participação pouco pró-ativa destes nas reuniões.

[...] a população ainda não entende muito isso, de que ela, eles têm uma ferramenta na mão de decisão, de que eles podem estar sugerindo e nortear tarefas do, no caso, poder público. (Trabalhador)

[...] olha, os funcionários, eu não vejo, não tenho nada contra eles, ótimo funcionários, trabalham bem, é corrido, eu sei que de manhã é muita coisa, nossa! Tem dia que fica muito lotado e os funcionários que tem dão conta, mas é cansativo, eles colocam na reunião também. (Usuário)

O reconhecimento do papel de sujeito social é observado e criticado, na maioria das vezes, quando o sujeito analisa o outro, sempre transferindo a responsabilidade a outros sujeitos, como se ele não fosse um agente capaz de opinar, decidir e transformar o sistema de saúde. A maioria das entrevistas traz a problemática da desunião entre todos os representantes, mas com mais ênfase nos usuários.

[...] em vez de contra, trabalhar junto, mas trabalhar junto para o bem da população, eu acho que as coisas vão sair melhor, mas isso é desenvolvendo cidadania também, né? Mas isso é um trabalho que vai lento, mas você tem que mostrar resultado, senão as coisas ficam vagas, né? (Gestor)

das outras meninas, das meninas que participa do conselho, (referindo-se as usuárias) se todo mundo se juntasse para conseguir as coisas do posto, para o posto aqui, nossa! Seria uma beleza! Entendeu? (Usuário)

Para os conselhos se tornarem espaços democráticos de co-gestão e partilha de poder, deve haver reconhecimento e valorização de todos os representantes dos segmentos que o compõem. Porém reconhecer os diferentes atores implica mais que haver legislação, este espaço deve ser deliberativo e precisa ter legitimidade tanto na definição de quem o compõe como na capacidade de interlocução entre seus integrantes. Para isso, os membros do conselho devem se aproximar dos setores que representam, tornan-

do-se capazes de apresentar propostas e firmar alianças; informando-os e mobilizando-os. Já por parte da gestão, é necessário enfrentar a burocracia da máquina que se fecha no saber setorizado; feudos de poder que se assentam em “segredos de Estado” e no atrelamento clientelista da população; e romper a inércia e a cultura tecnocrática e corporativa.²¹ Este rompimento, segundo apontado por uma representante da gestão, ainda que distante do ideal, já começou a acontecer em sua Unidade de Saúde com abertura do Conselho.

[...] não são todas as pessoas, mas, assim, a população ainda não está, acho que o brasileiro ainda não está muito inteirado nessas organizações, né? Na força que ele tem, em ir atrás do que ele quer, procurar os representantes dele, ir atrás dos direitos, né? Então eu acho que isso, eu acho que a gente tem que trabalhar bastante, embora aqui já tenha começado, já está alguns anos, né? (Gestão)

A representação da sociedade apoia os princípios políticos e ideológicos de democracia participativa dos conselhos. No entanto, se a representação for entendida como um processo que envolve identidade, isto é, o representante age como substituto do representado - no lugar de - reproduzindo cada um e todos os interesses, então a representação, embora seja necessária, torna-se uma impossibilidade.²⁶ Pode-se verificar que, embora idealizada, essa prática não é realizada em nenhuma unidade de saúde, como afirma o trabalhador a seguir.

[...] o que eu deveria fazer seria passar solicitações dos funcionários para a melhoria de, do vamos dizer assim, da nossa condição de trabalho, né? Mas, bom, se bem que o pessoal não me passa muita solicitação (...) e também não sou um cara muito participativo, então [...] (Trabalhador)

Os gestores apontam como uma forma de atuação fazer um elo da comunidade com a gestão, atuando de forma representativa. Contudo, a maioria dos usuários não os reconhece, nem apreciam a pessoa indicada como representante da gestão, talvez por ser trabalhador da unidade ou por não ser resolutivo. Apontam a impossibilidade da representação, não valorizam o “falar por outro”. Vale ressaltar que há diferença na organização das unidades básicas de saúde e nas unidades de saúde da família. Na primeira, há uma enfermeira supervisora, que é responsável pela gestão da unidade, enquanto na USF, enfermeira, médica e dentista compartilham a gestão, além de exercerem papel assistencial.

[...] meu papel, como eu sou representante da gestão, então as demandas que vem da gestão, né? Eu respondo, [...] então as demandas da gestão a gente tem que estar por dentro [...] Para as demandas e também deles comigo, se eles precisam de alguma coisa, sou a ponte, né? (Usuário)

[...] ele nem fala, ele só vai dar a resposta do que a gente perguntar, que a gente já reivindicou com (fulano), né? ‘ôh, você sabe o que está acontecendo? Em que pé está isso?’ ele fala: ‘ela mandou falar isso, isso e aquilo’, Pronto! É o que ele fala, ele não tem muita [...] (Usuário)

Muitas vezes, a população é vista por alguns trabalhadores e alguns gestores como um aglomerado amorfo, incapaz de se organizar e que não tem potencial transformador, com representantes que não reivindicam pelo coletivo, não observam o conselho como sendo representativo e também nota-se um incômodo com os que participam. Como apontado pelo trecho do trabalhador.

Ah! Geralmente vem um ou dois representantes, que fala que a população quer, a população quer, mas só que as pessoas não vem, entendeu? Muito pouco frequente. Ultimamente diminuiu bastante, acho que eles estão contentes (risos) (Trabalhador)

Na representação, o problema existe quando não está presente a reprodução dos interesses coletivos ou quando o conteúdo do interesse coletivo passa a não abranger parte significativa dos interesses em disputa. Há diferença e separação entre os representantes e os eleitos, essa separação é fundamental para que se possa delimitar o espaço da política e o apagamento dessa separação seria, em última instância, a utopia do fim do político como um espaço distinto da sociedade.²⁶

Pode-se deduzir, no entanto, que o controle público nos conselhos de saúde só pode ocorrer em um espaço em que existam informações disponíveis e a capacidade dos atores sociais que ali atuam em interpretar e atribuir novos sentidos a elas.⁷ A fala de uma trabalhadora demonstra essa falha na comunicação, à qual ela não consegue atribuir um sentido.

Eu entro na reunião, saio. Às vezes eu saio sem entender nada [...] (Trabalhador)

Os papéis sociais e as formas de percepção, tanto no sentido vertical (hierarquia e competência simbólica) quanto horizontal (identificação por segmento e competência sim-

bólica) influenciam e determinam o grau de participação dos membros dos conselhos de saúde.⁷ Uma das estratégias de se empenhar na luta por saúde encontra-se no acesso e na apropriação de informações “em linguagem adequada, que desnude ou descortine os condicionantes e determinantes da situação de saúde vivenciada pelos cidadãos em suas localidades de moradia e de trabalho”²⁷

Há necessidade de uma maior capacidade técnica e política para a elaboração e a negociação de propostas frente a interlocutores distintos quanto a seus interesses, grau de capacitação técnica e acesso ao poder. A capacitação técnica e a política de lideranças sociais para ocupar espaços de proposição e negociação de políticas têm sido assumidas pelos próprios conselhos e movimentos, em parceria com ONGs e universidades. Este é um dos grandes desafios do momento atual, provocando a realização de inúmeros cursos, oficinas e seminários de capacitação para conselheiros.²⁸

Nestes espaços, regulados por normas pactuadas pelas partes em conflito, é preciso buscar denominadores comuns, acordos que interessem a ambas as partes, mesmo que limitados ou provisórios. À medida que se ampliam a capacitação técnica das lideranças sociais na formulação e a análise das políticas públicas, e sua capacitação política para melhor avaliar os interesses envolvidos e realizar as alianças eventuais ou estratégicas necessárias para a negociação de prioridades e decisões, os conselhos tornam-se mais eficazes. O exercício da argumentação, a fundamentação de suas demandas em critérios de racionalidade pública, a explicitação de conflitos geram uma nova forma de lidar com conflitos, diferenças e antagonismos.²⁸

CONSIDERAÇÕES

No município de São Carlos, houve a implementação legal dos Conselhos Gestores Locais de Saúde pela gestão, porém seu funcionamento não demonstra autonomia e a participação popular não decorreu de forma processual. Além disso, a construção do controle social não foi uma meta estabelecida pela gestão de forma prioritária. Não ofereceu, portanto, resultados concretos de pactuação para enfrentamento de problemas e teve pouca repercussão política. O espaço não é reconhecido como deliberativo e, desta forma, tornou-se burocrático, muito fiscalizatório e sem autonomia, pouco propositivo. Identificaram-se, ainda, três importantes conflitos envolvendo o executivo e os Conselhos: primeiro, o ano eleitoral tornou o espaço uma arena de disputa eleitoral; segundo, são detectadas situações de não observância pelo executivo das resolu-

ções conjuntas; e, terceiro, os conselhos tentam assumir atribuições do executivo, o que não só é ilegal, como reduz a representatividade do espaço e perde seu papel primordial de democracia participativa. A representatividade, neste contexto, foi observada como uma problemática em todas as esferas: usuários, trabalhadores e gestores. Os atores não são capacitados política e tecnicamente, as avaliações de interesses e estratégias de negociações ficam muito defasadas e, além disso, a linguagem inadequada desfavorece a comunicação, o que torna os conselhos ineficientes. Quando os atores romperem com seu papel burocrático, poderão inovar o espaço e ter mais controle da coisa pública, contribuindo significativamente, não só como interlocutor de suas bases, como defendendo os interesses de toda a sociedade na saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política de Atenção Básica. Brasília; 2006. [Citado em 2010 mar 21]. Disponível em: <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, Ministério da Saúde; 2006. 76p. [Citado em 2010 mar 21]. Disponível em: <http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/volume1.pdf>
3. Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal; 1988. 292p.
4. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Citado em 2010 mar 21]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/l8080>.
5. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [Citado em 2010 mar 21]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm
6. Bosi MLM. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. Cad Saúde Pública. 1994 Dec; 10(4):446-56.

7. Oliveira VC. Comunicação, Controle Público e Participação Popular no sistema Único de Saúde. *Rev Acad Grupo Comun São Bernardo*. 2004 jul./dez; 1(2):1-21.
8. Brasil. Instituto de Defesa do Consumidor. O SUS pode ser seu melhor plano de saúde. Brasília; 2003.68 p. [Citado em 2010 mar 21]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_plano_saude.pdf
9. Assis MMA, Villa TCS. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2003 June; 11(3): 376-82.
10. Jacobi PR. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(3):443-54.
11. Pedrosa JIS, Santos EDP. Atenção Básica e o controle social em saúde: um diálogo possível e necessário. *Rev Bras Saúde Família*. 2007 Nov; 8:7-23.
12. Fuks M. Participação e influência política no conselho municipal de saúde de Curitiba. *Rev Sociol Polít*. 2005 nov; 25:47-91.
13. Cohn A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006. p. 231-58.
14. Perissinotto RM. Poder e participação no conselho municipal de assistência social de Curitiba (1999-2001). In: Fuks M, Perissinotto RM, Souza NR. *Democracia e participação: os conselhos gestores do Paraná*. Curitiba: EdUFPR; 2004. p. 45-74.
15. São Carlos. Lei nº 12.587, de 17 de julho de 2000. Dispõe sobre a organização dos Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. São Paulo, São Carlos, 2000 jul. [Citado em 2010 mar 21]. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/images/stories/pdf/1165337963--lei12587.pdf>
16. São Carlos. Decreto nº 376, de 4 de outubro de 2006. Dispõe sobre a composição dos membros dos conselhos gestores nas unidades de saúde do sistema único de saúde. [Citado em 2010 mar 21]. Disponível em: http://www.saocarlos.sp.gov.br/images/stories/pdf/1165337963--Decreto_376-06.pdf
17. Minayo MCS. O desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1996. 269 p.
18. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2008. 223 p.
19. Almeida DCR. Conselhos Municipais de Saúde e Educação: Distintos padrões de participação política [dissertação]. Niterói: Faculdade de Ciência Política, Universidade Federal Fluminense; 2006. 210 p.
20. Pedrosa JIS. Cultura popular e identificação comunitária: práticas populares no cuidado à saúde. In: Martins M, Sauffer AB. *Cad Educ Saúde*; 2007; 1:71-100.
21. Santos BS. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira; 2002. 686 p.
22. Guizardi FL, Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006 Sep; 11(3):797-805.
23. Pedrosa JIS. Ação dos atores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médica, Universidade de Campinas; 1997. 356 p.
24. São Carlos. Decreto nº 142, de 5 de outubro de 2001. Regulamenta a Lei Municipal nº 12.587, de 17 de julho de 2000, que dispõe sobre a organização dos Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde, e dá outras providências. São Paulo, São Carlos, 2001 out. [Citado em 2010 mar. 21]. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/images/stories/pdf/1165337963--Dec142-01.pdf>
25. Mattos RA. Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001. 186 p.
26. Young IM. *Inclusion and democracy*. Oxford: Oxford University Press; 2000. 326 p.
27. Oliveira CO. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde. In: Brasil. *Coletânea de Comunicação e Informação em Saúde para o exercício do Controle Social*. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde; 2006. p. 29-46.
28. Carvalho MCA. *Participação Social no Brasil hoje* [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciência Política, Universidade de Campinas; 1998. 32f.

Submissão: maio de 2009

Aprovação: dezembro de 2009
